

**DEKLARACJA****przystąpienia do Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej i Kasy Pośmiertnej przy PGG S.A. Oddział KWK ROW Ruch Marcel**

Nazwisko		Miejsce zamieszkania:	
Imię		Ulica i nr domu	
Data urodzenia		Miejscowość	
Miejsce urodzenia		Kod pocztowy	
Pesel		Nr telefonu	

Wypełnić czytelnie

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej oraz Kasy Pośmiertnej przy PGG S.A. Oddział KWK ROW Ruch Marcel z siedzibą: 44-310 Radlin ul. Korfantego 52.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Będę ściśle przestrzegać postanowień Statutu KZP, Regulaminu Kasy Pośmiertnej, które są mi znane, Uchwał Walnego Zebrania Członków oraz postanowień organów KZP.
2. Wyrażam zgodę na potrącenie wpisowego wg zasad określonych w statucie.
3. Deklaruję miesięczny wkład członkowski KZP w wysokości określonej statutem.
4. Deklaruję miesięczną składkę Kasy Pośmiertnej w wysokości określonej statutem.
5. Zgadzam się na potrącanie z mojego wynagrodzenia, zasiłku chorobowego, zasiłku wychowawczego oraz z wszystkich innych należności przysługujących mi od pracodawcy, wkładów, rat pożyczek udzielonych mi przez KZP oraz składki Kasy Pośmiertnej. Zgoda ta obowiązuje przez cały czas trwania członkostwa.
6. Przyjmuję do wiadomości, że wycofanie przeze mnie zgody na potrącanie mi wkładów, spłaty pożyczek i składek Kasy Pośmiertnej spowoduje skreślenie mnie z listy członków KZP oraz natychmiastowy obowiązek spłaty zadłużenia.
7. Zobowiązuję się zawiadomić zarząd KZP o każdej zmianie mojego miejsca zamieszkania oraz innych danych osobowych i kontaktowych.
8. W razie mojej śmierci:
  - moje wkłady członkowskie KZP, po potrąceniu zadłużenia należy wypłacić:
  - odprawę pośmiertną z Kasy Pośmiertnej należy wypłacić:

Nazwisko i imię osoby upoważnionej: .....

Pesel ..... Nr telefonu .....

Miejsce zamieszkania osoby upoważnionej:

ul..... nr domu .....

kod pocztowy ..... miejscowość .....

Radlin, dnia .....

.....  
(podpis pracownika)

Przyjęto w poczet członków KZP i Kasy Pośmiertnej z dniem .....

.....  
(Podpisy członków Zarządu KZP)

Pierwszych potrąceń dokonano w miesiącu .....

.....  
(Podpis księgowego)

## ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

### 1. Oświadczenie pracownika

Ja niżej podpisana/y ..... wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Kasę Zapomogowo-Pożyczkową przy PGG S.A. Oddział KWK ROW Ruch Marcel z siedzibą przy ul. Korfantego 52, 44-310 Radlin, moich danych osobowych zawartych w deklaracjach, składanych wnioskach i dokonywanych wpłatach, w celu prowadzenia wszelkich spraw dotyczących mojego członkostwa w ramach KZP i Funduszu Pośmiertnego oraz samej działalności KZP i Kasy Pośmiertnej.

Zostałam/em poinformowana/y, że zgoda jest dobrowolna a skutkiem nie udzielenia zgody na przetwarzanie moich danych będzie konieczność skreślenia mnie z członka KZP i Funduszu Pośmiertnego.

Mam również prawo w każdym momencie wycofać zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, jak również mam prawo do ich dostępu, do ich sprostowania, do ograniczenia ich przetwarzania, do ich przenoszenia i sprzeciwu.

Zostałam/em poinformowana/y, że administratorem moich danych osobowych jest Zarząd KZP. Do ich przetwarzania są dopuszczone wyłącznie osoby imiennie wskazane Uchwałą Zarządu KZP.

.....  
data i podpis pracownika

### 2. Oświadczenie osoby upoważnionej

Ja niżej podpisana/y ..... wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Kasę Zapomogowo-Pożyczkową przy PGG S.A. Oddział KWK ROW Ruch Marcel z siedzibą przy ul. Korfantego 52, 44-310 Radlin, moich danych osobowych zawartych w deklaracjach, składanych wnioskach i dokonywanych wpłatach, w celu prowadzenia wszelkich spraw dotyczących mojego upoważnienia w ramach KZP i Funduszu Pośmiertnego oraz samej działalności KZP i Kasy Pośmiertnej.

Zostałam/em poinformowana/y, że zgoda jest dobrowolna a skutkiem nie udzielenia zgody na przetwarzanie moich danych będzie konieczność skreślenia mnie jako osoby upoważnionej.

Mam również prawo w każdym momencie wycofać zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, jak również mam prawo do ich dostępu, do ich sprostowania, do ograniczenia ich przetwarzania, do ich przenoszenia i sprzeciwu.

Zostałam/em poinformowana/y, że administratorem moich danych osobowych jest Zarząd KZP. Do ich przetwarzania są dopuszczone wyłącznie osoby imiennie wskazane Uchwałą Zarządu KZP.

.....  
data i podpis osoby upoważnionej